·论著·

县级综合医院普通内科门诊未分化疾病就诊情况分析

娄铮[1]，刘颖[2]，任菁菁[2*]

【摘要】 背景 未分化疾病（MUD）以症状复杂、多样，无法得到明确诊断或合理解释，且患者频繁就诊为特点，给个人、家庭、医疗系统带来沉重的经济负担。目的 通过了解县级综合医院普通内科门诊 MUD 就诊情况，进行就诊现状调查，提供流行病学数据，并提出县级综合医院 MUD 全科诊治思路，为 MUD 规范诊疗提供理论依据。方法 于 2021 年 1—3 月，采用条件抽样法在医院管理信息系统（HIS）中抽取 2020-01-01 至 2020-12-31 于浙江省台州市某县三级乙等综合医院普通内科就诊的所有患者 45 439 例，合计就诊人次 85 881 次。采用 PRESUME 筛查方法筛选 MUD 成年患者，收集患者资料，进行人群特征性、就诊时间分布、就诊原因特征性分析。结果 县级综合医院普通内科因 MUD 就诊的成年患者共 497 例，因 MUD 就诊的平均次数为 2.23 次 / 人，平均就诊年龄为（51.65 ± 15.89）岁。不同性别普通内科门诊 MUD 患者就诊例数及就诊人次的年龄构成存在差异（P<0.01）；不同性别 MUD 患者的就诊原因比较，男性因焦虑状态就诊的次数高于女性（P<0.05）；不同年龄 MUD 患者的就诊原因比较，腹痛、焦虑状态、咳嗽就诊人次存在年龄分布差异（P<0.05）。不同季度的 MUD 就诊人次的性别、年龄比较，差异无统计学意义；不同季度就诊原因比较，咳嗽的就诊人次存在季度分布差异（P<0.05）。结论 根据县级综合性医院普通内科门诊 MUD 就诊情况调查显示，MUD 受性别、年龄及季节等多种因素影响，患者就诊频繁、原因多样，普通内科门诊无法首诊识别 MUD 患者并给予合理的治疗，故而需要进一步发展全科医学科为 MUD 患者提供更准确的诊断和治疗，县级医院全科应成为 MUD 的基层诊疗中心，全面提升县级医院服务社会效能。

【关键词】 未分化疾病；就诊情况；县级医院；内科门诊；全科医学

【中图分类号】 R 597 R-05 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0059

娄铮，刘颖，任菁菁．县级综合医院普通内科门诊未分化疾病就诊情况分析［J］. 中国全科医学，2023.［Epub ahead of print］［www.chinagp.net］

LOU Z，LIU Y，REN J J. Visits for medically unspecified disease in general internal medicine clinics of county general hospitals［J］. Chinese General Practice，2023.［Epub ahead of print］

Visits for Medically Unspecified Disease in General Internal Medicine Clinics of County General Hospitals

LOU Zheng[1]，*LIU Ying*[2]，*REN Jingjing*[2*]

1.Department of General Practice，Affiliated Tiantai Hospital，Hangzhou Medical College，Taizhou 317200，China

2.Department of General Practice，the First Affiliated Hospital，Zhejiang University School of Medicine，Hangzhou 310003，China

**Corresponding author：REN Jingjing，Chief physician/doctoral supervisor；E-mail：3204092@zju.edu.cn*

【Abstract】 **Background** Medically unspecified disease（MUD）is characterized by complex and diverse symptoms that cannot be clearly diagnosed or rationally explained，which often leads to frequent hospital attendance，imposing a heavy economic burden on individuals，families and the healthcare system. **Objective** To understand the visits for MUD in general internal medicine clinics in county general hospitals by analyzing the results of a survey，providing a theoretical basis for standardized treatment of MUD by integrating evidence from this epidemiological survey and our ideas for general diagnosis and treatment of MUD in county general hospitals. **Methods** From January to March 2021，conditional sampling was used to select all patients（n=45 439）who attended the general internal medicine clinic（85 881 visits in total）in a grade B tertiary county general hospital in Taizhou，Zhejiang Province from January 1 to December 31，2020 through the hospital information system.

基金项目：2022 年国家自然科学基金项目（72274169）——基于多模态融合架构的全科未分化疾病 AI 辅助管理系统研究；2021 年浙江省教育厅一般科研项目（Y202146068）——全科主导的多学科协作模式对未分化疾病患者疗效观察；2022 年杭州医学院科技创新引导基金项目（CX2022021）——互联网 + 背景下医护患联动全程管理模式对未分化疾病患者疗效观察

1.317200 浙江省台州市，杭州医学院附属天台医院全科医学科

2.310003 浙江省杭州市，浙江大学医学院附属第一医院全科医学科

*通信作者：任菁菁，主任医师 / 博士生导师；E-mail：3204092@zju.edu.cn

本文数字出版日期：2023-03-02

Among whom, adult patients with MUD were screened using the PRESUME screening method, and information involving the demographics, time of consultation and reasons for consultation was collected for analysis. **Results** A total of 497 adult patients were identified with visits due to MUD, with a mean number of visits of 2.23 visits/person, and a mean age at visit of (51.65 ± 15.89) years. There were sex-specific differences in age composition and attendances of MUD patients (P<0.01). As for the reasons for visits, men had more visits due to anxiety than women (P<0.05). The visits due to abdominal pain, anxiety and cough differed significantly by age (P<0.05). The visits in different seasons showed no significant differences by sex and age (P>0.05). The visits for cough differed significantly across the seasons (P<0.05). **Conclusion** According to this survey, the visits due to MUD are influenced by various factors such as gender, age and season. Frequent visits for MUD due to various reasons cause difficulties in identifying and rationally treating the disease in the general internal medicine clinic as the first contact setting. To provide more accurate diagnosis and treatment for MUD patients, it is necessary to further develop the general medicine department, and make the general medicine department in county hospitals become the primary care center for MUD, and comprehensively enhance the effectiveness of county hospitals in serving the society.

【**Key words**】 Medically unspecified disease; Medical treatment; County hospitals; Internal medicine clinic; General practice

未分化疾病（medically unspecified disease，MUD）即医学上无法解释的疾患，处于疾病的超早期或早期阶段，医生无法做出明确诊断或合理解释的一类疾病。患者常以某个或多个症状、体征或辅助检查异常而反复就诊，但查体与辅助检查往往正常或轻度异常，故而无法归因于明确的器质性疾病，其与个体长期共存，也常合并心理问题出现[1]。MUD在临床实践中极为常见，其根据症状严重程度及持续时间等因素可分为低风险、中等风险、高风险三类[2]。低风险患者通常能在2周内自行缓解，而中等风险以上患者，其症状难以自行缓解，且由于未能明确诊断，其直接及间接医疗成本在反复检查中升高。1995年世界卫生组织（WHO）的一项研究显示，MUD在不同国家和文化中均普遍存在，并强调了其对患者个人、家庭、医疗系统甚至社会均带来沉重的经济负担[3]。印度一项调查研究表明，MUD多见于初级保健机构，该病患病率为24.6%[4]。挪威的一项研究数据提示，3%的MUD为中等风险以上患者，就诊频率高，给医生接诊带来极大压力[5]。浙江大学医学院附属第一医院全科医学科在2018年的一项线上-线下门诊就诊情况分析中发现，全科医生临床工作中有18.6%~21.3%的患者因MUD就诊[6]。由于目前MUD缺乏统一的诊断标准，各研究均以自行统计为主，尚未开发出被广泛认同的筛查工具，故而针对该病的流行病学研究数据较少，且差异较大[1]。近年国外针对MUD频繁就诊的特点，提出一种MUD风险筛查的方法——PRESUME（preventive screening of medically unexplained physical symptoms）筛查法，其通过5年随访验证该筛选方法能够有效识别MUD，尤其是中等风险以上患者[7]。

在过去的一项针对综合医院门诊就诊患者展开的横断面问卷调查中，钱洁等[8]发现，躯体症状患者多于内科系统就诊，虽然其常合并心理问题，但由于普遍缺乏心理卫生知识，多数患者首选普通内科等科室就诊。因此，本研究选择2020年浙江省台州市一所三级乙等综合医院普通内科门诊就诊的患者为研究对象，采用PRESUME筛查法进行横断面研究，调查MUD患者就诊情况，为MUD的后续研究提供流行病学数据，并提出县级综合医院MUD诊治思路及建议，为MUD规范诊疗提供理论依据。

1 资料与方法

1.1 研究对象　于2021年1—3月，采用条件抽样法，通过医院管理信息系统（hospital information system，HIS）纳入2020-01-01至2020-12-31浙江省台州市某县三级乙等综合医院普通内科就诊的所有患者，总就诊人数45 439例，合计就诊人次为85 881次。纳入标准：（1）2020年在普通内科就诊次数≥5次者；（2）≥18周岁者；（3）无确切疾病诊断者；（4）存在MUD症状（包括乏力、水肿、消瘦等）且因此症状就诊者。排除标准：（1）已有确切诊断者；（2）存在抑郁症、精神分裂症等精神疾病须专科就诊者。本研究获得本院伦理委员会批准〔审批号：2021伦审研第（17）号〕。

1.2 研究方法　在HIS中通过PRESUME筛查法筛查MUD患者，该筛查方法对中等风险以上MUD患者具有高特异性，对低风险MUD缺乏敏感性[7]。所抽取的研究对象由2名全科医生根据就诊病历中的主诉、现病史及辅助检查等资料（部分患者可采取电话回访等方式）对存在MUD症状的患者进行再次评估，如依旧无法根据患者现有资料作出明确诊断，则可确定为本研究的MUD患者。随后，收集患者资料，对其进行患者特征性、就诊时间分布、就诊原因特征性分析。

1.3 资料收集　采用双人双录入法，由2名研究人员通过Excel软件进行资料收集并校对，将MUD患者性别、年龄、就诊次数、就诊时间、MUD症状（如存在多种MUD症状，取正序第一位的症状）等数据导出HIS系统。

1.4 统计学方法　应用SPSS 25.0软件对数据进行分

析，计量资料以（$\bar{x} \pm s$）表示；计数资料采用频数、构成比进行描述，组间比较采用 χ^2 检验和秩和检验，以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义，四组间比较调整检验水准为 0.0083。

2 结果

2.1 不同性别普通内科门诊 MUD 患者就诊例数及人次的年龄构成比较 因 MUD 就诊的成年患者共 497 例，占普通内科门诊总就诊人数 1.09%；因 MUD 就诊的成年患者就诊次数为 1 106 次，占普通内科门诊总就诊人次的 1.29%；MUD 患者因 MUD 症状就诊的平均次数为 2.23 次 / 人。MUD 患者平均就诊年龄为（51.65 ± 15.89）岁，男性 MUD 患者平均年龄为（55.25 ± 17.29）岁，女性 MUD 患者平均年龄为（58.52 ± 17.85）岁，在所有年龄段中，<36 岁者 57 例（11.47%），36~55 岁者 205 例（41.25%），56~70 岁者 137 例（27.56%），>70 岁者 98 例（19.72%）。本次调查中，不同性别普通内科门诊 MUD 患者就诊例数的年龄构成存在差异（$P<0.01$），其中，>70 岁年龄段的男性例数明显多于女性（$\chi^2=16.021$，$P<0.0001$）；不同性别普通内科门诊 MUD 患者就诊人次的年龄构成存在差异（$P<0.01$），36~55 岁年龄段的女性就诊人次多于男性（$\chi^2=24.588$，$P<0.0001$），>70 岁年龄段的男性就诊人次明显多于女性（$\chi^2=21.769$，$P<0.0001$，表 1）。

2.2 不同性别及年龄 MUD 患者的就诊原因比较 普通内科门诊中，MUD 患者就诊原因共 83 种，其中就诊次数最多的前 5 位就诊原因为：腹痛 126 次（11.39%）、焦虑状态 93 次（8.41%）、咳嗽 69 次（6.06%）、关节痛 64 次（5.79%）、便秘 61 次（5.52%）。不同性别 MUD 患者就诊次数的就诊原因比较中，男性因焦虑状态就诊的次数高于女性（$P<0.05$）。不同年龄 MUD 患者的就诊原因比较中，腹痛、焦虑状态、咳嗽的就诊人次存在年龄段分布的差异（$P<0.05$），其中腹痛就诊人次中，<36 岁者高于 56~70 岁者（$\chi^2=9.030$，$P=0.0027$）及 >70 岁者（$\chi^2=13.004$，$P=0.0003$）；36~55 岁者高于 56~70 岁者（$\chi^2=13.535$，$P=0.0002$）及 >70 岁者（$\chi^2=18.161$，$P<0.0001$）；焦虑状态就诊人次中，56~70 岁者高于 <36 岁者（$\chi^2=9.819$，$P=0.0017$）和 35~55 岁者（$\chi^2=15.7561$，$P=0.0001$）；咳嗽就诊人次中，>70 岁者高于 <36 岁者（$\chi^2=15.250$，$P=0.0001$）、36~55 岁者（$\chi^2=14.805$，$P=0.0001$）及 56~70 岁者（$\chi^2=7.260$，$P=0.0071$，表 2）。

2.3 不同季度的 MUD 就诊人次的性别、年龄及就诊原因分布比较 不同季度的 MUD 就诊人次的性别、年龄比较，差异无统计学意义；就诊原因的比较中，不同季

表 1 不同性别普通内科门诊 MUD 患者就诊例数及次数的年龄构成比较〔n（%）〕

Table 1 Comparison of age composition and visits of patients with medically unspecified disease in general internal medicine clinics by sex

性别	各年龄段就诊例数（例）					各年龄段就诊人次次数（次）				
	总例数	<36 岁	36~55 岁	56~70 岁	>70 岁	总次数	<36 岁	36~55 岁	56~70 岁	>70 岁
男	260	23（8.85）	93（35.77）	75（28.85）	69（26.54）	558	58（10.39）	168（30.11）	163（29.21）	169（30.29）
女	237	34（14.35）	112（47.26）	62（26.16）	29（12.24）	548	74（13.50）	244（44.53）	130（23.72）	100（18.25）
U 值	4.337					5.668				
P 值	<0.01					<0.01				

注：因数据修约，部分构成比之和不等于 100%

表 2 不同性别及年龄 MUD 患者就诊次数的原因比较〔n（%），次〕

Table 2 Comparison of reasons for visits in patients with medically unspecified disease by sex and age

项目	总次数	腹痛	焦虑状态	咳嗽	关节痛	便秘
性别						
男	558	63（11.29）	59（10.57）	35（6.27）	37（6.63）	30（5.38）
女	548	63（11.50）	34（6.20）	34（6.20）	27（4.93）	31（5.66）
χ^2 值		0.012	6.853	0.002	1.472	0.042
P 值		0.91	0.01	0.96	0.22	0.84
年龄（岁）						
<36	132	22（16.67）	5（3.79）	13（9.85）	4（3.03）	8（6.06）
36~55	412	68（16.50）	22（5.34）	35（8.50）	27（6.55）	18（4.37）
56~70	293	21（7.17）	41（13.99）	17（5.80）	12（4.10）	16（5.46）
>70	269	15（5.58）	25（9.29）	4（1.49）	21（7.81）	19（7.06）
χ^2 值		28.501	20.836	17.005	5.834	2.353
P 值		<0.01	<0.01	<0.01	0.12	0.50

度咳嗽就诊人次比较，差异有统计学意义（$P<0.05$），经组间两两比较，第四季度就诊人次明显多于第二季度（$\chi^2=7.565$，$P=0.0060$）及第三季度（$\chi^2=8.052$，$P=0.0045$，表3）。

3 讨论

MUD是临床中常见的就诊原因之一，GRABE等[9]发现约20%的社区患者患有未分化的躯体形式障碍，且MUD患者以就诊频繁为特点，目前县级综合医院的普通内科门诊是MUD患者就诊的主要门诊之一，本研究所调查的MUD患者，人均因MUD就诊的次数为2.23次。本次调查，普通内科门诊MUD患者的就诊率为1.3%，较既往相关流行病学数据低，究其原因，可能跟PRESUME筛查法对中等风险以上MUD患者特异性较高，而对症状轻微、短时间能缓解的低风险MUD患者敏感性不够，造成部分低风险MUD患者被筛除有关；其次，MUD涉及临床各个系统，患者可能于各个专科就诊，本研究仅针对普通内科，可能存在一定程度的选择偏倚。由于MUD表现多样化，可涉及全身各个系统，对医生的临床处置水平及诊疗思维都具有高挑战性，当前普通内科门诊坐诊医生多来自各个专科甚至亚专科，接受的培训学习多针对专科疾病，对于症状复杂的MUD缺乏相应的临床经验，无法早期识别MUD，对病情的观察判断及综合分析能力存在欠缺，可能造成漏诊、误诊或不必要的转诊，致使患者流失。

3.1 MUD患者的一般情况分析 本次调查发现，在年龄分布上，36~55岁年龄段的MUD患者例数最多，男/女例数皆高于其他年龄段，这与国外研究显示中青年MUD患者患病率普遍高于其他年龄段患者一致[10]。其原因可能与患者的社会家庭属性相关，该年龄段患者是社会与家庭的劳动主力，生活节奏较快、竞争强度大，容易出现中枢神经过度敏感化，并以躯体不适症状表现出来。此外，当前社会人口老龄化问题日益突出，国外有针对MUD患病率研究显示在老年人中的患病率为1.5%~13.0%（中位数为5.4%）[11]。蒲嘉欣等[12]的研究显示，老年慢性疾病患者更易产生心理焦虑和抑郁情况。国外一项研究表明MUD患者生活质量明显下降、日常功能受损、医疗服务利用率提高，并且经常接受不必要的医学检查和治疗，而这些风险会随年龄增高，因为老年人更虚弱，患潜在MUD概率更高，更为需要他人照顾，但实际上他们得到的关注较少[10]。对于老年MUD患者而言，由于病情反复、部分病程较长、诊断不明确，易促使患者产生焦虑情绪，且本地区老人留守居多，缺乏家人陪护，患者自身情绪管理易被忽视，从而使MUD疾病管理效果无法得到积极响应。因此，应加强医护人员对该类患者MUD管理能力，给予情感支持与同时对患者及家属进行进一步心理健康宣教及干预指导。

在性别比例上，超半数的MUD患者为男性，这与既往MUD流行病学调查不符，可能与近年县域劳动力持续流出，男性老年留守人群在总人群中占比逐年升高有关[13]。性别分布在各个年龄段中也存在差异，本次调查发现36~55岁年龄段女性MUD患病率较高，但差异无明显统计学意义，既往国内外针对该病的流行病学调查显示36~55岁年龄段女性MUD患病率明显较男性高，女性患者主诉症状更多，且就医更为频繁，其中非特异性、一般症状（94.6%）和各种类型的疼痛（93.7%）是较为常见的主诉，且与男性相比，女性的疼痛症状、泌尿生殖系统症状、心悸和恶心更为常见[4, 10]。该年龄段女性多为社会中坚力量，肩负较重社会心理负担，情绪压力普遍较大。国内研究发现女性较男性具有更多的躯体症状，多表现为疲乏、睡眠问题、眩晕等非特异性症状，这可能与男性和女性具有不同的精神生物学过程，女性更容易以躯体不适来表达负性情绪相关[14]。本次调查发现>70岁的男性患者人数明显多于女性，这可能与老年男性的生理和心理，包括外表体型、体力、器官功能、认知能力、生活质量等方面，随着年龄的增加不断产生变化有关。MATZKIN等[15]研究发现，随着年龄的增大，男性的下丘脑–垂体–睾丸轴反应逐渐发生变化，与年龄相关的睾酮下降可能导致性功能障碍、身体机能减退、糖尿病、晚年持续性抑郁症、认知障碍、

表3 不同季度的MUD就诊人次的性别、年龄及就诊原因分布比较〔n（%），次〕

Table 3 Comparison of sex，age and reasons for visits in patients with medically unspecified disease by season

季度	就诊次数	性别		年龄（岁）				就诊原因				
		男	女	<36	36~55	56~70	>70	腹痛	焦虑状态	咳嗽	关节痛	便秘
第一季度	248	134（54.03）	114（45.97）	27（10.89）	106（42.74）	63（25.40）	52（20.97）	20（8.06）	23（9.27）	20（8.06）	11（4.44）	17（6.85）
第二季度	301	145（48.17）	156（51.88）	34（11.30）	107（35.55）	80（26.58）	80（26.58）	31（10.30）	24（7.97）	12（3.99）	15（4.98）	18（5.98）
第三季度	291	135（46.39）	156（53.62）	28（9.62）	103（35.40）	84（28.87）	76（26.12）	43（14.78）	20（6.87）	11（3.78）	17（5.84）	15（5.15）
第四季度	266	144（54.13）	122（45.83）	43（16.17）	96（36.09）	66（24.81）	61（22.93）	32（12.03）	26（9.77）	26（9.77）	21（7.89）	11（4.14）
χ^2（U）值		5.260		5.721[a]				6.486	1.851	12.715	3.357	2.023
P值		0.15		0.13				0.09	0.60	0.01	0.34	0.57

注：[a]=U值；因数据修约，部分构成比不满足100%

睡眠障碍、不明原因的衰老贫血、骨质疏松症、肌肉减少、体重指数增加等，促进基础慢性病或合并症的发展，降低老年男性的整体健康和生活质量。

3.2　性别及年龄对 MUD 就诊原因的影响　MUD 可涉及身体的各个系统，包括消化、心理、呼吸、骨骼等不同系统疾病，疾病表现多样且宽泛是 MUD 特点之一，在本次针对普通内科门诊的调查中，MUD 患者就诊原因多为腹痛、焦虑状态、咳嗽、关节痛、便秘等。2019 年印度一项针对内科门诊 MUD 患病率的研究发现，MUD 患者平均抱怨 13±5 种症状，并反复就诊，以非特异性、一般症状和各种类型的疼痛为主要就诊原因[13]。杨祥云等[14]研究发现在综合医院就诊的 MUD 患者中前 5 位症状依次为：疲劳，睡眠烦恼，虚弱，消化不良，眩晕。因 MUD 症状多样且原因不明，要求接诊医生不仅要掌握丰富的专业知识及技能，还要学会运用全局观的诊疗思维模式对患者进行诊治及管理。

本次调查对不同性别 MUD 患者的就诊原因进行比较发现，男性因焦虑状态就诊的次数高于女性，这可能与当前新型冠状病毒疫情防控阶段，社会经济不利影响较大，人们生活受到极大干扰，作为家庭重要的经济来源和“顶梁柱”，男性所感受到的压力更大，且焦虑情绪可能更为严重。尼日利亚一项调查发现，在 COVID-19 大流行背景下，男性焦虑影响较女性更大，且相较于高学历、稳定工作、高收入、年轻的男性，低学历、失业、无稳定收入、高龄的男性焦虑症状更为明显[16]。

不同年龄 MUD 患者的就诊原因比较中，腹痛、焦虑状态、咳嗽的就诊人次存在年龄段分布的差异，其中 36~55 岁人群出现腹痛的情况多于其相邻年龄段的人群，可见在进入这一年龄段，各种激素水平逐渐发生改变，内脏疼痛是 MUD 患者的重要机制，腹痛在大脑中存在激活位点，引起肠道超敏反应，有研究表明这可能与内脏感觉脑干和丘脑核的持续过度兴奋以及下丘脑、杏仁核、海马、前岛和前扣带皮质区域的致敏有关，这些区域受神经内分泌、内脏感觉和疼痛的情绪和认知调节的影响[17-18]。56~70 岁人群因焦虑状态就诊次数最多，其可能与患者步入中老年，身体机能减退、对健康顾虑加重、生活质量下降等因素有关，一项横断面多中心研究发现，65~75 岁成年人焦虑状态患病率达 17.2%[19]。本调查也显示，相较于 >70 岁老年人，<36 岁和 36~55 岁人群咳嗽症状较为高发，这可能与该年龄段人群的躯体感觉皮层易被激活，导致躯体感觉反应增强相关[20]。一项国内研究发现，慢性咳嗽患者的年龄大多数在 30 至 40 岁之间，环境和职业暴露、吸烟、不健康的生活方式可能在其中发挥作用[21]。

3.3　季节对 MUD 发病的影响　在不同季度 MUD 患者的就诊次数统计中，患病人群的性别、年龄分布均无明显差异，这可能与 MUD 病因相关，一般认为 MUD 受多因素影响，主要以生理学、社会心理、遗传等因素为主[1]。但是国外也有研究发现，当 MUD 合并焦虑、情绪低落等心理问题，则存在明显的季节性差异，常伴有冬季加重现象[22]。本研究中咳嗽症状的发生在不同季度存在差异，进一步比较中，发现其症状在冬季的就诊人次明显多于秋季，这可能与冬季呼吸道干燥、寒冷空气刺激有关。既往相关流行病学调查显示咳嗽症状在冬季、春季高发，春季气温变化大、过敏原增多、气道敏感性增加，这些均为诱发气道反应性引起咳嗽的诱因[23]。在接诊过程中应关注 MUD 季节性特征，及时排查危急重症患者，并针对不同特征 MUD 做好早期评估、识别，加强与患者的沟通、解释，给予持续性观察处置等管理措施。

意大利一项针对 MUD 的 9 年观察性和回顾性研究中提到，大多数 MUD 并非表现为单一躯体化症状，生理学、人格特质、生活经历、健康认知以及与医护人员的互动在 MUD 的发展中都占据重要地位，而这类患者在全科医学科就诊比例较高，占 25~50%[24]。黄灵娟等[25]的一项针对综合医院全科医学科诊疗优势研究中发现，MUD 患者在全科医学科就诊能够得到更优化的解决方案，并获得更高的就诊满意度。全科医学科与多学科间联系密切，可以将医院的医疗资源进行合理整合，并充分利用，给患者提供多学科、综合性的诊疗服务保障。国外一项关于 MUD 管理策略的研究提出，全科医生在 MUD 诊疗中处于中心地位，然而全科医生在日常实践中使用的处置策略尚未形成系统规范性的流程[26]。如何规范管理这类患者，提供持续性、全程性照顾，是全科医生面临的挑战，积极制定管理处置流程和培训方案至关重要，对全科医生进行 MUD 相关知识培训，使医生了解疾病特点，尽快掌握该病规律，并积极开设全科 MUD 门诊，不仅可以提高患者归属感及就诊依从性，减轻普通门诊医生接诊压力，也能进一步探索适用县级综合医院的全科 MUD 诊治发展方向。可借助社会和媒体的力量加大对全科及 MUD 宣传力度，提高居民对 MUD 的认识，并了解全科医生在 MUD 诊治方面的价值和优势，引导其合理选择就医科室，简化就诊流程，节约医疗资源，使患者利益得到最大化。

综上所述，当前 MUD 患者在县级医院反复就诊，给医疗系统带来极大压力，普通内科门诊已无法满足 MUD 患者就医需求。MUD 患者就诊频繁、原因多样，受性别、年龄、季节等多因素影响，尚未形成规范处置流程。未来县级医院全科医学科需要发展，建立县级综合医院的全科 MUD 诊治思路，为 MUD 患者提供多方位、综合性、高效的医疗服务。因为 MUD 症状复杂，MUD

患者可能流入其他专科，故而仅筛选普内科患者存在样本抽样的不严谨及不完善性，无法从普内科的 MUD 患者现状窥探到全院乃至全县 MUD 患者状况，其代表性有所欠缺，下一步可在全县域抽样调查多家医院，以扩大筛查的样本量，得到更具代表性的调查结果。本研究仅对单一症状进行统计，未将各种症状整合、分类，以纳入更多样本检查某一类型的症状是否在人群特征及就诊时期上存在差别。本研究评估标准较为主观，未来可能制定更为客观的评估诊断标准及更高敏感性的筛查工具。

作者贡献：娄铮、刘颖、任菁菁负责文章的构思与设计；娄铮负责调查实施、数据收集与整理、统计学处理、结果分析与解释及论文的撰写；娄铮、刘颖、任菁菁负责文章语言润色、翻译修正、数据分析思路及论文的修订；任菁菁对文章整体负责，监督管理。

本文无利益冲突。

参考文献

[1] 娄铮，刘颖，邵双阳，等. 未分化性疾患（未分化疾病）的研究进展[J]. 全科医学临床与教育，2021，19（7）：636-639. DOI：10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2021.007.017.
LOU Z，LIU Y，SHAO S Y，et al. Research progress of undifferentiated diseases（undifferentiated diseases）[J]. Clinical Education of General Practice，2021，19（7）：636-639. DOI：10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2021.007.017.

[2] 中国医师协会精神科医师分会综合医院工作委员会，"医学难以解释的症状"临床实践中国专家共识."医学难以解释的症状"临床实践中国专家共识[J]. 中华内科杂志，2017，56（2）：150-156. DOI：10.3760/cma.j.issn.0578-1426.2017.02.017.
General Hospital Working Committee of Psychiatrist Branch of Chinese Medical Doctor Association. The Chinese expert consensus on clinical practice of "medically unexplained symptoms"[J]. Chinese Journal of Internal Medicine，2017，56（2）：150-156. DOI：10.3760/cma.j.issn.0578-1426.2017.02.017.

[3] ISAAC M，JANCA A，BURKE K C，et al. Medically unexplained somatic symptoms in different cultures. A preliminary report from phase I of the World Health Organization International Study of Somatoform Disorders[J]. Psychother Psychosom，1995，64（2）：88-93. DOI：10.1159/000288996.

[4] BAITHA U，DEB K S，RANJAN P，et al. Estimated prevalence of medically unexplained physical symptoms in the medicine outpatient department of a tertiary care hospital in India[J]. Gen Hosp Psychiatry，2019，61：47-52. DOI：10.1016/j.genhosppsych.2019.10.006.

[5] AAMLAND A，MALTERUD K，WERNER E L. Patients with persistent medically unexplained physical symptoms：a descriptive study from Norwegian general practice[J]. BMC Fam Pract，2014，15：107. DOI：10.1186/1471-2296-15-107.

[6] 邱艳，任文，刘颖，等. 综合性医院全科线上-线下门诊就诊情况分析[J]. 中华医院管理杂志，2018，34（7）：552-555. DOI：10.3760/cma.j.issn.1000-6672.2018.07.007.
QIU Y，REN W，LIU Y，et al. Analysis on the features of outpatients between online and offline general practice clinics[J]. Chinese Journal of Hospital Administration，2018，34（7）：552-555. DOI：10.3760/cma.j.issn.1000-6672.2018.07.007.

[7] VAN WESTRIENEN P E，PISTERS M F，VEENHOF C，et al. Identification of patients with moderate medically unexplained physical symptoms in primary care with a five years follow-up[J]. BMC Fam Pract，2019，20（1）：66. DOI：10.1186/s12875-019-0950-7.

[8] 钱洁，任致群，于德华，等. 患者健康问卷躯体症状群量表在综合医院的筛检价值[J]. 中国心理卫生杂志，2014，28（3）：173-178. DOI：10.3969/j.issn.1000-6729.2014.03.003.
QIAN J，REN Z Q，YU D H，et al. The value of the Patient Health Questionnaire-15（PHQ-15）for screening somatic symptoms in general hospital[J]. Chinese Mental Health Journal，2014，28（3）：173-178. DOI：10.3969/j.issn.1000-6729.2014.03.003.

[9] GRABE H J，MEYER C，HAPKE U，et al. Specific somatoform disorder in the general population[J]. Psychosomatics，2003，44（4）：304-311. DOI：10.1176/appi.psy.44.4.304.

[10] HILDERINK P H，COLLARD R，ROSMALEN J G，et al. Prevalence of somatoform disorders and medically unexplained symptoms in old age populations in comparison with younger age groups：a systematic review[J]. Ageing Res Rev，2013，12（1）：151-156. DOI：10.1016/j.arr.2012.04.004.

[11] VAN DRIEL T J W，HILDERINK P H，HANSSEN D J C，et al. Assessment of somatization and medically unexplained symptoms in later life[J]. Assessment，2018，25（3）：374-393. DOI：10.1177/1073191117721740.

[12] 蒲嘉欣，张静. 老年慢性病患者焦虑与抑郁影响因素分析[J]. 社区医学杂志，2018，16（23）：1701-1704.
PU J X，ZHANG J. Study on the influencing factors of depression and anxiety in elderly patients with chronic diseases[J]. Journal of Community Medicine，2018，16（23）：1701-1704.

[13] 何小勤. 农业劳动力老龄化研究——基于浙江省农村的调查[J]. 人口与经济，2013（2）：69-77.
HE X Q. A study on the aging of agriculture labor force：based on the investigation of Zhejiang rural areas[J]. Population & Economics，2013（2）：69-77.

[14] 杨祥云，李占江，王鹏翀，等. 北京市综合医院门诊成年患者多躯体症状检出率及症状特点分析[J]. 中华精神科杂志，2019，52（4）：253-260. DOI：10.3760/cma.j.issn.1006-7884.2019.04.004.
YANG X Y，LI Z J，WANG P C，et al. Detection rate and characteristics of adult outpatients with multiple somatic symptoms of general hospital in Beijing[J]. Chinese Journal of Psychiatry，2019，52（4）：253-260. DOI：10.3760/cma.j.issn.1006-7884.2019.04.004.

[15] MATZKIN M E，CALANDRA R S，ROSSI S P，et al. Hallmarks of testicular aging：the challenge of anti-inflammatory and antioxidant therapies using natural and/or pharmacological compounds to improve the physiopathological status of the aged male gonad[J]. Cells，2021，10（11）：3114. DOI：10.3390/cells10113114.

[16] OGINNI O A，OLONINIYI I O，IBIGBAMI O，et al. Depressive

and anxiety symptoms and COVID-19-related factors among men and women in Nigeria [J]. PLoS One, 2021, 16 (8): e0256690. DOI: 10.1371/journal.pone.0256690.

[17] LYUBASHINA O A, SIVACHENKO I B, PANTELEEV S S. Supraspinal mechanisms of intestinal hypersensitivity [J]. Cell Mol Neurobiol, 2022, 42 (2): 389-417. DOI: 10.1007/s10571-020-00967-3.

[18] CAMILLERI M. Sex as a biological variable in irritable bowel syndrome [J]. Neurogastroenterol Motil, 2020, 32 (7): e13802. DOI: 10.1111/nmo.13802.

[19] CANUTO A, WEBER K, BAERTSCHI M, et al. Anxiety disorders in old age: psychiatric comorbidities, quality of life, and prevalence according to age, gender, and country [J]. Am J Geriatr Psychiatry, 2018, 26 (2): 174-185. DOI: 10.1016/j.jagp.2017.08.015.

[20] MORICE A H, JAKES A D, FARUQI S, et al. A worldwide survey of chronic cough: a manifestation of enhanced somatosensory response [J]. Eur Respir J, 2014, 44 (5): 1149-1155. DOI: 10.1183/09031936.00217813.

[21] Long L, Lai K. Characteristics of Chinese chronic cough patients [J]. Pulm Pharmacol Ther, 2019, 57: 101811. DOI: 10.1016/j.pupt.2019.101811.

[22] TERMAN M, LEVINE S M, TERMAN J S, et al. Chronic fatigue syndrome and seasonal affective disorder: comorbidity, diagnostic overlap, and implications for treatment [J]. Am J Med, 1998, 105 (3A): 115S-124S. DOI: 10.1016/s0002-9343 (98) 00172-7.

[23] MATSUMOTO H, IZUHARA Y, NIIMI A, et al. Risks and cough-aggravating factors in prolonged cough. epidemiological observations from the nagahama cohort study [J]. Ann Am Thorac Soc, 2017, 14 (5): 698-705. DOI: 10.1513/AnnalsATS.201608-616BC.

[24] POLONI N, IELMINI M, CASELLI I, et al. Medically unexplained physical symptoms in hospitalized patients: a 9-year retrospective observational study [J]. Front Psychiatry, 2018, 9: 626. DOI: 10.3389/fpsyt.2018.00626.

[25] 黄灵娟，贺文赟. 多系统疾病患者在综合医院全科医学科诊疗的优势研究[J]. 中国全科医学，2020，23（1）：87-91. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.025.
HUANG L J, HE W Y. Advantages of patients with multisystem diseases receiving diagnosis and treatment in general practice department of general hospitals [J]. Chinese General Practice, 2020, 23(1): 87-91. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.025.

[26] GOL J, TERPSTRA T, LUCASSEN P, et al. Symptom management for medically unexplained symptoms in primary care: a qualitative study [J]. Br J Gen Pract, 2019, 69 (681): e254-261. DOI: 10.3399/bjgp19X701849.

（收稿日期：2023-02-07；修回日期：2023-02-22）
（本文编辑：徐晓晴）